1912

Ueber den Negativismus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Friedrich-Alexander-Universität

zu Erlangen

von

Bartholomaeus Mager,

Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee

(Oberbayern).

WASSERBURG AM INN 1912.

BUCHDRUCKEREI FRIEDRICH DEMPF.

Ueber den Negativismus.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt

der hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Friedrich-Alexander-Universität
zu Erlangen

von

Bartholomaeus Mager,

Hilfsarzt an der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee
(Oberbayern).

WASSERBURG AM INN 1912.
BUCHDRUCKEREI FRIEDRICH DEMPF.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen.

Dekan: Herr Prof. Dr. Jamin.
Referent: Herr Prof. Dr. Specht.

Tag der mündlichen Prüfung: 1. August 1912.

Meiner lieben Mutter
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154019_0189

„Nichts erleichtert die klinische Beobachtung so sehr, als eine eingehende und genaue Symptomatologie", so schreibt Kahlbaum in seiner Abhandlung, ‚Katatonie oder das Spannungsirresein', im Jahre 1873. Diesem Grundsatze soll die folgende Betrachtung über den Negativismus so viel als möglich nachkommen.

Das Verdienst, den Begriff des Negativismus in die Psychiatrie eingeführt zu haben, gebührt dem Verfasser der eingangs zitierten Worte. Kahlbaum hat in seinen klinischen Abhandlungen bekanntlich eine neue Krankheitsform, die Katatonie, aufgestellt und als wichtiges Symptom dieser Krankheitsform den Negativismus beschrieben.

Wohl finden wir auch bei den älteren Autoren die hervorstechendsten Erscheinungen des Negativismus, wie Nahrungsverweigerung u. Mutazismus erwähnt, (z. B. beschreibt schon Felix Plater 1625 in seiner ‚Praxis medica' einen derartigen Fall: ‚De Barone quodam, qui lougo tempore attonitus et somnolentus nihil secundum rationem agebat, cibum nec petebat, nec nisi per vim intrusum capiebat, nec lectum nisi coactus accedebat; sed ad mensam tota die bracchio innixus, oculisque clausis veluti dormiens sedebat, nec nisi interrogatus saepiusque admonitus, quicquam, sed tunc quoque, quae ad rem minime pertinebant, respondebat',) — jedoch sind diese einzelnen Erscheinungen unklar und aus-

einandergerissen dargestellt, was ja auch aus den Zusammenstellungen Neisser's in seinem Werke ‚Ueber die Katatonie' ersichtlich ist. Erst Kahlbaum hat aus diesen Einzelsymptomen eine einheitliche Gruppe zusammengestellt und ihr den Namen Negativismus gegeben.

Lassen wir ihn nun selbst über unser Thema sprechen (Katatonie' S. 46 ff.):

„Was die Symptome aus der Sphäre der Betätigung u. des Willens betrifft, so ist schon frühzeitig die Neigung zu Negationen bemerkenswert, welche im Zustand der Attonität ihren ausgeprägten Charakter und ihre größte Höhe erreicht. . . . . Bei der Katatonie finden wir eine sehr bemerkenswerte Monotonie des maniakalischen Handelns und bei aller Gewalttätigkeit u. Fülle des Agierens ein Hervortreten von negativen Willenserklärungen und negativen Gewohnheitshandlungen . . . . . Der katatonische Maniakus . . . . verharrt in seiner einmal angenommenen Weise der Ueberproduktion sehr konsequent u. setzt den Versuchen, ihn zu anderen Weisen der Aktivität zu bewegen, eigensinnigen Widerspruch entgegen. Zu diesen, auf äusseren Anlaß entstehenden Negationen, treten aber auch andere, im eigenen Bewußtsein wurzelnde u. dieser Krankheitsform eigentümliche. Die prägnantesten Fälle bieten die Symptome der Bettsucht u. der Nahrungsverweigerung . . . . . Es gibt wohl keinen Fall, in welchem dieses Symptom der Neigung zur Negation nicht in irgend einer Art vorhanden wäre, u. zwar bald in mehr aktiver, bald in mehr passiver Weise. So ist besonders häufig eine Abneigung

gen Ortsveränderung vorhanden: Die Kranken eiben zu Bett, nicht aus einem, wenn auch unrständigem u. krankhaft zu motivierenden Bedürfs, sondern aus Abneigung gegen Bewegung, oder lbst aus Lust am Widerspruch . . . . . Bei r katatonischen Nahrungsverweigerung fehlt es sehr t ganz u. gar an Motiven, u. sie ist entschieden r das Resultat des Nichtwollens gegen jede Aktität, die dem Kranken zugemutet wird. . . . . Es errscht bei den Kranken gewissermaßen eine allemeine negative Spannung, eine Tendenz zur Negaon in verschiedenen Graden, von dem geringsten rade der bloßen Entschlußlosigkeit is zum Widerspruch gegen die Aktion, . die Nahrungsverweigerung scheint nur ein Moment us dieser allgemeinen negativen Tendenz zu sein. uweilen freilich scheinen auch bestimmte Wahnleen, oder Wahngefühle als Motiv dafür zu bestehen, hnlicher Art, wie sie vorher angeführt sind. Aber s könnte die Frage als naheliegend aufgestellt verden, ob nicht auch in diesen selteneren Fällen on Katatonie, wo sich für die Nahrungsverweigerung in delirantes Motiv darbietet, das scheinbar motierende Delirium gegenüber dem eigentlichen, sousagen organischen Impuls nicht doch ein sekunläres ist, etwa nach Schema des Erklärungsversuches oder der Reflexhalluzination. Es würde dann also die motivierende Wahnidee erst konsekutiv aus dem Vorhandensein jener organischen Störung, welche der Negation zugrunde liegt, hervorgehen.“ —

Kahlbaum versteht also unter Negativismus eine krankhafte Veränderung des Willens, eine Tendenz zur Negation; er unterscheidet einen pas-

siven — „durch äußeren Anlaß entstehenden“ — u. einen aktiven — „im Bewußtsein des Kranken wurzelnden“ Negativismus. Die Ausdrücke „aktiver u. passiver“ Negativismus sind unglücklich gewählt denn der „passive“ Negativismus zeigt sich oft in „aktivem“ Widerstreben u. der „aktive“ Negativismus in rein „passivem“ Verhalten (z. B. ‚Bettsucht‘.) Besser wäre es wohl gewesen, von „reaktivem“ und „spontanem“ Negativismus zu sprechen. Diese Unklarheit der Bezeichnung ist sicher mit schuld an der Begriffsverwirrung, die in der ganzen Negativismuslehre herrscht. Es wurden später Symptome zum Negativismus gerechnet, die nach Kahlbaums Begriffsbestimmung nicht dazu gehören. So rechnet z. B. von den neueren Autoren Bleuler die katatonische Muskelstarre zu den negativistischen Symptomen. Ob die apraxie-ähnlichen Handlungen sämtlich — wie Bleuler will (S. ‚Dementia praecox‘ S. 162) — zum Negativismus gehören, ist wohl auch mehr als zweifelhaft.

Sehr wichtig dagegen ist die Feststellung, daß Kahlbaum vom Negativismus, als einer psychischen Erscheinung, gewisse, rein motorische Symptome der Katatonie abtrennt; Vgl. ‚Katatonie‘ S. 50, wo er von der Flexibilitas cerea als einer „Krampfform“ spricht u. diese, sowie die „kontrakturartig verkrümmten Haltungen der Glieder“ „cerebro-spinale, nicht psychische“ Erscheinungen nennt. Auch choreaartige Convulsionen, epileptiforme Anfälle, Tetanus u. Trismus werden als solche spezifisch motorische, vom Negativismus abzu-

ennende Erscheinungen bei der Katatonie auf-
führt. Diese wohlbegründete Unterscheidung ist
ii vielen Nachfolgern Kahlbaums vernachlässigt
orden. Wie wir später sehen werden, hat man bald
s negativistische Verhalten auf eine rein motorische
örung zurückgeführt, bald die rein motorischen
mptome der Katalepsie u. der Muskelspannung als
eußerungen von Negativismus aufgefaßt.

Der Negativismus ist ebenso wie Katatonie
nge Zeit in Vergessenheit geblieben, bis Neisser
ine Arbeit schrieb, u. später Kraepelin den Begriff
r Dementia praecox, in der er die Katatonie ein-
zog, schuf. Daher stammen auch die meisten
efinitionen u. Abhandlungen über den Negativismus
s der neueren Zeit.

Es seien zunächst die wichtigsten Defi-
itionen des Negativismus neben einander gestellt:

Lundborg (1902) nennt den Negativismus
ine Art (psychisches) Unvermögen eine gewollte
ewegung, oder eine solche, die dem Betreffenden
befohlen ist, auszuführen." — Bernstein (1903)
chreibt: „Unter Negativismus ist nicht das einfache
Widerstreben des Patienten gegen äußere Einwir-
ungen, welche aus etwaigen Gründen ihm zuwider
nd, zu verstehen, sondern eine generalisierte Neigung
um Protest als solchen, ein Widerstreben gegen
lles u. à tout prix." — Bei Kraepelin (1904 u.
911) ist der Negativismus „das triebartige Wider-
reben gegen jede äußere Beeinflussung des Willens.
r äußert sich in der Absperrung gegen äußere Ein-
rücke, in der Unzugänglichkeit für jeden persön-
chen Verkehr, in dem Widerstand gegen jede Auf-
rderung, der bis zur regelmäßigen Ausführung

gerade entgegengesetzter Handlungen gehen kann (Befehlsnegativismus,) endlich in der Unterdrückung der natürlichen Bedürfnisse". — Bleuler (‚Dementia praecox' 1911) endlich versteht unter Negativismus „eine Anzahl von Symptomen, die das Gemeinsame haben, daß eine Reaktion, die im positiven Sinne zu erwarten gewesen wäre, negativ abläuft." —

Bei den Erklärungsversuchen des Negativismus traten sich bald 2 Grundtheorieen gegenüber: Die rein psychische und die rein motorische.

Kahlbaum selbst sieht, wie schon gesagt wurde im Negativismus etwas Psychisches (‚Katatonie' S. 51,) und trennt ihn von den eigentlichen motorischen Symptomen.

Auch Brosius (1877) führt in seinem Aufsatz über die Katatonie das negativistische Widerstreben auf psychische Quellen zurück. Freilich leidet seine Deutung an einer gewissen Verschwommenheit. „Der Katatoniker", sagt er, "ist konservativ". Wie er eine einmal angenommene Sprach- u. Gliederbewegung nicht leicht wieder verläßt, sondern in monotoner Weise unzähligemale wiederholt, so verläßt er auch unter größtem Widerstreben nur eine einmal gewonnene Lage u. Ruhe; er ist im Stadium der Attonität (vorzugsweise) negativ, abwehrend gegen jede seinen Körper betreffende Veränderung, während ihn eine Veränderung in der Außenwelt, die jenen nicht berührt, gleichgiltig, wenigstens anscheinend gleichgiltig, reaktionslos läßt.

Die motorische Auffassung vertrat zuerst Roller. Er u. andere stützten sich auf die Arbei

von Rieger (1882): „Ueber normale u. kataleptische Bewegungen", in welcher die kataleptischen Erscheinungen von der Innervation der Antagonisten abgeleitet wurden.

Roller (1886) dehnt nun diese Theorie auf den Negativismus aus. Er schreibt: „Es ist nicht zu leugnen, daß im Verhalten unserer Kranken eine auffällige Innervation der Antagonisten ausgesprochen ist. Das sogenannte reflektorische Widerstreben scheint oft genug auf einem solchen zu beruhen, auf einer abnorm gesteigerten Tätigkeit der Muskeln, die derjenigen Handlung, welche ausgeführt werden soll, widerstreben, ohne Intervention des Bewußtseins." — Neisser (1887) gibt zu, daß der Rollersche Erklärungsversuch keine völlige Erklärung der negativen Willensäußerungen enthält, aber er bezeichnet ihn als „aussichtsvolle Hypothese."

Auf diese motorischen Hypothesen folgen dann wieder zwei, allerdings unbedeutende Versuche, der rein psychischen Auffassung Geltung zu verschaffen:

Serbsky (1891) nimmt an, daß die negativen Willensbewegungen „im Großen u. Ganzen als Ausdruck entweder bestimmter Wahnideen u. Halluzinationen, oder aber wenigstens abnormer — dem Kranken vielleicht selbst häufig dunkler — Empfindungen hervortreten." Hätte Serbsky nicht die Wahnideen u. Halluzinationen in den Vordergrund gestellt, so würde seine Ansicht eher diskutabel erscheinen.

Meyer (1899) glaubt, „daß sich der Negativismus in seinen verschiedenen Ausdrucksformen

zum Teil ganz gut mit dem Bewußtseinsinhalt in Einklang bringen lasse;“ eine genauere Erklärung bringt er aber nicht. —

Eine Verbindung von motorischer u. psychischer Theorie des Negativismus ist Wernicke's Erklärung (1900): Er geht aus von der Flexibilitas cerea, in der er den spezifischen Rindenreflex auf die passive Bewegung sieht, einen Reflex, der nur auftreten könne bei vollkommener Bewegungslosigkeit, d. h. wenn der Einfluß des Willens überhaupt nicht zur Geltung kommen könne. Wenn aber noch die Möglichkeit eines, wenn auch beschränkten Willenseinflusses erhalten sei, so entstehe bald Pseudoflexibilität, bald Negativität; bald werde durch eine passive Bewegung, die man an dem Kranken vornehme, die Vorstellung der auszuführenden Bewegung erweckt u. die entsprechende Aktion erleichtert — bald entstehe der Gedanke der Unausführbarkeit der Bewegung, d. h. zu der Vorstellung der auszuführenden Bewegung geselle sich zugleich der hemmende Gedanke einer Kraftleistung, die in der subjektiven Schätzung zu groß erscheine: Der Effekt des Willens werde dadurch in sein Gegenteil verkehrt. Wernicke bleibt aber die Erklärung dafür schuldig, warum das einemal nur die Vorstellung der auszuführenden Bewegung u. das anderemal auch der hemmende Gedanke der Unausführbarkeit auftrete.

Wernicke ist für die Negativismus-Frage außerdem noch von Bedeutung, insoferne er den, wie wir später sehen werden, so wichtigen „Affekt der Ratlosigkeit“ aufgestellt u. erläutert hat. Er versteht darunter einen „Affekt, der sich mit einer

akut hereinbrechenden Desorientierung verbindet, eine Art von Reaktiverscheinung auf die durch die Störungen der sekundären Identifikation gesetzten Beirrungen in der Orientierung."

Sommer (1901) erklärt den Negativismus aus der „Tendenz zur Beibehaltung einer einmal gemachten Innervation". Ein geringerer Grad dieser ‚Perseverationstendenz' soll die Erscheinungen der Katalepsie, die Steigerung derselben diejenigen des Negativismus erklären. Wie aber erklärt sich aus einer gesteigerten Perseverationstendenz die Tatsache, daß die negativistische Reaktion manchmal nicht ein Verharren in dem gerade bestehenden Zustande darstellt, sondern ein aktives Tun des Gegenteils vom Verlangten (z. B. Zurückgehen statt Vorwärtsgehen) ist.

R. Vogt (1902 u. 1903,) der sich die Erklärung Sommers zu eigen gemacht, nimmt zur Beseitigung dieser Schwierigkeit seine Zuflucht zur Antagonistentheorie: „Der Negativismus läßt sich gleich den anderen katatonischen Symptomen durch Annahme eines erhöhten Perseverationsvermögens der kortikalen Vorgänge einfach erklären. Beim Negativismus weigern sich die psychomotorischen Centren, dem Willen zu gehorchen; die gegenteilige Bewegung wird durch den höheren Spannungsgrad bei Innervation der Antagonisten ausgelöst."

Lundborg (1902) ist Anhänger der motorischen Theorie. Er vergleicht den Negativismus mit der Myotonia congenita; der tiefere Grund sei wohl eine Schädigung der gestreiften Muskulatur durch eine, der Katatonie eigentümliche Autointoxikation.

Gegen diese Auffassung, einer Schädigung der peripheren motorischen Elemente kämpft Alter (1904): Er verlegt die Schädigung zentralwärts, kommt aber auch auf die Antagonistentheorie hinaus: „Die Wege zu den Komplexen der Stereone und den zugehörigen Protagonistenzellen sind (infolge lädierter Vitalität der Nervenelemente) im Augenblicke des Anpralls der Energie plötzlich ungangbar; es kommt zu einem jähen Anstauen der kinetischen Energie u. schließlich zum Abfluß auf die Antagonisten, die für die betreffende stereopsychische Kombination am meisten in Bereitschaft stehen.“ Alter unterscheidet übrigens zwischen einem primären (echten) u. einem sekundären Negativismus, nur den ersteren erklärt er nach der oben angeführten Theorie; für den sekundären macht er Sensationen u. Wahnvorstellungen verantwortlich.

Bernstein (1903) verurteilt die Begründung aus Wahnvorstellungen; im Uebrigen ist er Anhänger der motorischen Theorie: „Im Negativismus tritt nicht das Widerstreben der Selbstverteidigung zutage, sondern der Widerstand eines gymnastischen Apparates.“

Mit Groß beginnt die Reihe derjeniger Autoren, die mit ihren Erklärungen tiefer in das Wesen des Negativismus eindringen. 1902 schrieb er über die „Affektlage der Ablehnung“. Er geht dabei von der Affektlage der Ratlosigkeit Wernicke's aus: „Die Höhe des Ratlosigkeitsaffektes beruht auf dem Verhältnis zwischen der Menge von Reizen, welche die Psyche perzipiert, u. der Menge von Reizen, welche sie zu assimilieren vermag. Die Unfähigkeit, sämtliche perzipierten Reize zu einheitlichen Kom-

plexen zu verarbeiten u. zu assimilieren, setzt eine Störung des Orientierungsvermögens im weitesten Sinne, u. die Selbstwahrnehmung dieser Störung setzt den Affekt der Ratlosigkeit. — Jeder Zuwachs an neuen Reizen erhöht das Mißverhältnis zwischen Orientierungsbedürfnis u. Orientierungsfähigkeit, erhöht den Affekt der Ratlosigkeit. Es ist nunmehr selbstverständlich, daß ein solcher Kranker, falls er noch zusammenhängend zu handeln vermag, instinktmäßig jeden Reizzuwachs zu verhindern trachten wird. Damit ist ihm sein Verhalten vorgeschrieben: apathisches Benehmen u. Ablehnung jedes Annäherungsversuches. .... Beim Ablehnungsaffekt handelt es sich eher um eine noch fortdauernde Veränderung der Bewußtseinstätigkeit als um eine Fälschung des Bewußtseins.“ Mit Hilfe dieser Affektlage der Ablehnung erklärt er im Jahre 1903 einen Fall von Negativismus; in diesem Falle sei der Negativismus eine spezifische Reaktionsform, welche durch das Zusammentreffen der Affektlage der Ablehnung u. der psychomotorischen Hemmung zustande komme u. gewissermaßen als Interferenz dieser beiden, an sich selbstständigen Momente in Erscheinung trete.

Diese Erklärung revoziert Groß aber 1904, offenbar unter dem Einfluß der Arbeit Bleuler's über die negative Suggestibilität. Er ersetzt nunmehr „psychomotorische Hemmung“ durch „psychomotorischen Negativismus“, wodurch natürlich die ursprüngliche Erklärung fällt. Dafür bringt er eine gekünstelte Theorie, die er in folgende 3 Sätze zusammenfaßt: 1. Der echte katatone (psychomotorische) Negativismus ist ein Komplex von Phänomenen, welche den Ausdruck einer von der Ichkontinuität

abgetrennten Reihe psychophysischer Vorgänge bilden, in keinem Zusammenhange mit den psychischen Vorgängen der bewußten Persönlichkeit stehen u. damit keiner nachfühlenden introspektiven Betrachtung zugänglich gemacht werden können. 2. Die Affektlage der Ablehnung beruht auf dem allgemeinen Zustande der Ratlosigkeit u. der Steigerung dieses Zustandes durch jede Art von Annäherung; sie ist der nachfühlbare, introspektiv erklärbare Ausdruck der bewußten Persönlichkeit. Spaltungsprodukte des Bewusstseins können nur einen mittelbaren Einfluß auf die Affektlage der Ablehnung ausüben, wenn sie Symptome hervorrufen, durch welche der Zustand der Ratlosigkeit verstärkt wird. 3. Der psychische oder totale Negativismus beruht auf dem Zusammentreffen des katatonen Negativismus und der Affektlage der Ablehnung." Mit anderen Worten heißt das: „Der katatone Negativismus ist der Betrachtung so unzugänglich, daß er sich nicht erklären läßt!"

Die unglückliche Korrektur der ursprünglichen Ansicht Groß'es ist, wie gesagt, eine Folge der Arbeit Bleuler's (1904). Bleuler lehrte: „Bei der psychischen Tätigkeit erkennen wir neben den durch die einzelnen Reize u. Triebe bestimmten Richtungen sehr gut die Hemmungen, welche sie aufeinander ausüben. . . . . Es muß etwas vorhanden sein, was im Gegensatz zu den bekannten Hemmungen aller anderen Funktionen gerade das Herbeiziehen kontrastierender Assoziationen automatisch oder zwangsweise besorgt; — es existiert ein besonderer Mechanismus, eine allgemeine Tendenz, zu jeder Vorstellung auch die Gegenvorstellung zu assoziieren. — Tritt nun dieser Mechanismus bei unge-

wohnten Gelegenheiten oder quantitativ stärker in Funktion, so haben wir pathologischen Negativismus. Die Suggestibilität ist nur eine verschiedene Seite der gleichen Grundeigenschaft der Psyche u. muß aus der gleichen Ursache wie der Negativismus entspringen. Wenn nun die Ueberlegung irgendwie gehemmt ist, so kommt der elementarere Vorgang zur Geltung: Die primär zu jeder Vorstellung assoziierte Gegenvorstellung bleibt bestehen." Bleuler nennt die negative Suggestibilität das physiologische Prototyp des Negativismus". Auffallend ist, daß er sich gegen die ursprüngliche Groß'sche Auffassung (Affektlage der Ablehnung) mit der Begründung wendet, daß bei Aeußerungen des Negativismus nicht immer Zeichen eines Affekts zu sehen sind. Damit setzt er sich in Widerspruch mit seiner eigenen Ansicht über das „Prototyp des Negativismus, das er selbst „gewissermaßen eine Seite der Affektivität" nennt. Bleuler, der sich sicher große Verdienste um die Negativismusfrage erworben hat, korrigierte übrigens, wie wir später sehen werden, seine Auffassung nachher wieder (er bezeichnet sie selbst als „zu einseitig.") Die Theorie von der „Gegenvorstellung" wurde von mehreren Autoren aufgenommen, u. wird von ihnen teilweise auch heute noch anerkannt (Kraepelin, Ziehen.)

Kleist (1909) wendet sich scharf gegen die „Gegenvorstellung": „Nicht das ist das Wesen der Sache, daß zu einer Vorstellung ihr gerades Gegenteil auftaucht, sondern daß der Kranke sich überhaupt gegen die Aufforderung ablehnend verhält." Kein Kranker werde, wenn man ihn auffordere, aus Wollproben alle roten Fäden herauszusuchen, nun

die grünen ergreifen. Zu vielen Vorstellungen gebe es auch gar keine Gegenvorstellungen. Was solle z. B. ein Kranker für eine Gegenvorstellung entwickeln, wenn man ihn auffordere, einen Kreis zu zeichnen? Er betont das „Gefühl der Ablehnung“ auch bei den gegensinnigen Handlungen der negativistischen Kranken; jede gegensinnige Reaktion trage den Charakter der Ablehnung. Kleist kritisiert aber nicht nur, sondern bringt Krankenbetrachtungen, die den affektiven Charakter der negativistischen Reaktionen aus den Aeußerungen der Kranken beweisen. Z. B. berichtet er von einem Kranken, der selbst angibt, daß er durch ein „eigenartiges, schreckähnliches Gefühl“ zu den negativistischen Reaktionen veranlaßt werde (Kleist: „Weitere Untersuchungen an Geisteskranken,“ S. 99 ff.)

Endlich kommen wir zur neuesten Theorie des Negativismus von Bleuler (1910,) in der er seine frühere Auffassung des Negativismus zum Teil abändert u. der affektiven Auffassung des Negativismus entgegenkommt. In seiner zusammenfassenden Arbeit, „zur Theorie des schizophrenen Negativismus“, erklärt er alle bisherigen Theorien für unrichtig oder ungenügend u. kommt zu folgenden Grundsätzen: „Der Negativismus ist ein kompliziertes Symptom mit verschiedenen im einzelnen Falle oft zusammenwirkenden Ursachen. Disponierende Ursachen sind: 1. Die Ambitendenz, welche zugleich mit jedem Antrieb einen Gegenantrieb auftreten läßt. 2. Die Ambivalenz, welche der nämlichen Idee zwei gegenteilige Gefühlsbetonungen gibt u. den gleichen Gedanken zugleich positiv und negativ denken läßt. 3. Die

schizophrene Zerspaltung der Psyche, welche verhindert, daß aus widerstrebenden u. mitsprechenden Psychismen das Fazit gezogen werde, so daß der unpassendste Impuls ebensogut in Handlung umgesetzt werden kann, wie der richtige Impuls, u. daß zu dem richtigen Gedanken, oder statt desselben, sein Negativ gedacht werden kann. 4. Die Unklarheit u. mangelhafte Logik des schizophrenen Denkens überhaupt, die eine theoretische u. praktische Anpassung an die Wirklichkeit erschweren oder verunmöglichen. — Auf Grund dieser Dispositionen können schon direkt negativistische Erscheinungen entstehen, in der Weise, daß wahllos positive u. negative Psychismen einander vertreten, wobei nur die unrichtigen Reaktionen als krankhafter Negativismus auffallen. Meist aber erscheint die negativistische Reaktion nicht bloß als eine zufällige, sondern sie wird geradezu vor der richtigen bevorzugt. Das hat beim gewöhnlichen, äußeren Negativismus, der in Ablehnung äußerer Einflüsse u. dessen, was man normaliter vom Patienten erwarten sollte, besteht, folgende Ursachen: a) Das autistische Zurückziehen des Patienten auf seine Phantasien, dem gegenüber jede Beeinflussung von außen zur unerträglichen Störung wird. Dies scheint das wichtigste Moment. In schweren Fällen ist es allein imstande Negativismus zu erzeugen. b) Das Bestehen einer Lebenswunde (negative Komplexe, unerfüllte Wünsche,) die vor Berührung geschützt werden muß. c) Das Verkennen der Umgebung u. ihrer Absichten. d) Das direkt feindliche Verhältnis zur Umgebung. e) Die pathologische Reiz-

barkeit der Schizophrenen. f) Das „Gedankendrängen“ u. andere Erschwerungen des Handelns u. des Denkens, durch die jede Reaktion peinlich wird. g) Oft ist auch die Sexualität mit ihrer ambivalenten Gefühlsbetonung eine der Wurzeln negativistischer Reaktion. — Der innere Negativismus (Gegenantriebe dem eigenen Willen gegenüber, u. auf intellektuellem Gebiete das Denken des dem richtigen Gedanken Entgegengesetzten) erklärt sich zum großen Teil aus Ambitendenz u. Ambivalenz, die bei der inneren Zerrissenheit des Denkens auch eine geringe Bevorzugung der negativistischen Reaktion begreifen lassen. Sehr ausgesprochene Erscheinungen von innerem Negativismus müssen wohl noch andere mitwirkende Ursachen haben, die wir bis jetzt nicht kennen.“ —

Es ist als wesentliches Verdienst der Bleuler'schen Arbeit zu betrachten, daß sie eine große Anzahl von Momenten u. Bedingungen, die das Auftreten negativistischer Reaktionen im einzelnen Falle nach sich ziehen, hervorhebt (s. oben a–g). Ferner hat Bleuler richtig angeführt, daß die schizophrene Spaltung der Psyche (3.) u. die Unklarheit u. mangelhafte Logik des schizophrenen Denkens (4.) das Auftreten negativistischer Reaktionen begünstigen. Aber durch alle diese Momente wird das innerste Wesen des Negativismus nicht erklärt; denn alle diese besonderen Bedingungen, z. B. das Bestehen einer Lebenswunde, das Verkennen der Umgebung u. Aehnliches, brauchen nicht an sich zum Negativismus zu führen. Damit es zum Negativismus kommt, muß noch etwas Anderes hinzutreten, der Kranke muß an sich eine Disposition zum negativisti-

chen Verhalten schon haben, u. diese endenz gilt es zu erklären! Ihr eigentliches Wesen ann wohl nur in einer affektiven Störung ge-gen sein! Auffallend ist, daß Bleuler neben der mbivalenz auch noch die Ambitendenz für nötig ndet; ferner geht aus seiner Arbeit hervor, daß er ich nur auf die negativistischen Erscheinungen der Dementia praecox bezieht, während doch der Negativismus auch bei anderen Seelenstörungen in Erscheinung tritt.

Ueberblicken wir nun diese vielen Theorieen, o müssen wir mit Bleuler sagen: „Eine abschließende Erklärung aller negativistischen Phänomene geben zu wollen, wäre verfrüht!“ Jedoch erscheint die motorische „Antagonistentheorie“ ebenso abgetan, wie die Lehre, das negativistische Verhalten beruhe darauf, daß zu einer Vorstellung ihre „Gegenvorstellung“ auftauche. Die Unklarheit, die in der Negativismusfrage herrscht, hat zum Teil ihren Grund auch darin, daß das Symptom des Negativismus bei manchen Autoren noch zu wenig abgegrenzt ist, daß es noch viele fremde Zutaten enthält, von denen es erst gereinigt werden muß. Katalepsie, einfache Muskelspannungen, Manieren sind Dinge für sich, die vom Negativismns abgesondert werden müssen. Die einfache Regungslosigkeit wird oft fälschlich als Aeußerung von Negativismus betrachtet. Sie muß in jedem einzelnen Falle genau analysiert werden, u. dann zeigt sich, daß sie vielfach nicht Ausfluß von „spontanem“ (nach Kahlbaums Nomenklatur „aktivem“) Negativismus ist, sondern einfach Aeußerung psychomotorischer Bewegungsstörung,

ebenso wie die von Kleist als „psychomotorische Apraxie u. -Aphasie“ bezeichnete Erschwerung der Beweglichkeit und des Sprechens. Von großer Wichtigkeit scheint mir die Unterscheidung eines „generellen“ Negativismus, der sich gegenüber jeder beliebigen Bewegungsanregung zeigt, und eines, wie man sagen könnte „elektiven“ Negativismus, der nur bei ganz bestimmten Gelegenheiten, gegenüber bestimmten Personen, wahlweise, in Erscheinung tritt. Um beantworten zu können, warum ein Kranker in dem einen Falle negativistisch, in dem anderen zugänglich ist, werden wir häufig mit Bleuler den verschrobenen, vielfach gespaltenen Bewußtseinsinhalt des Schizophrenen zuhilfe nehmen müssen.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Specht, für die gütige Uebernahme des Referates u. Herrn Privatdozent Oberarzt Dr. Kleist für die Durchsicht vorliegender Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

(alphabetisch geordnet.)

Alter: „Zur Genese einiger Symptome in katatonen Zuständen", Neurolog. Centralbl. 1904, S. 8.

Anton: „Nerven- u. Geisteskrankheiten in der Zeit der Geschlechtsreife". Wiener klin. Wochenschr. 1904, S. 1161.

Arndt: „Ueber die Geschichte der Katatonie". Centralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie, Febr. 1902.

Bernstein: „Ueber die Dementia praecox". Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 60, S. 554.

Bleuler: „Die negative Suggestibilität". Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904, VI, S. 249.

: „Zur Theorie des schizophrenen Negativismus". Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1910, XII, S. 171.

: „Dementia praecox". Handbuch der Psychiatrie, herausg. v. Aschaffenburg, Leipzig u. Wien 1911.

Binder: „Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken". Archiv f. Psychiatr. Bd. 20, S. 628.

Brosius: „Die Katatonie". Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 33, S. 770.

Groß: „Beitrag zur Pathologie des Negativismus", Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1903, V, S. 269.

Groß: „Zur Differentialdiagnostik negativistischer Phänomene". Psychiatr.-neurolog. Wochenschr. 1904, VI, S. 345.

Hoche: ‚Dementia praecox'. Lehrbuch d. Psychiatrie (Bienswanger-Siemerling,) Jena 1904.

Kahlbaum: „Klinische Abhandlungen über psychische Krankheiten, I. Heft: „Die Katatonie". Berlin 1874.

Kleist: „Weitere Untersuchungen an Geisteskranken mit psychomotorischen Störungen". Leipzig 1909.

Kraepelin: ‚Psychiatrie'. 8. Aufl. Leipzig 1904 u. 9. Aufl., Bd. I, Leipzig 1910.

Lundborg; „Beitrag zur klinischen Analyse des Negativismus bei Geisteskranken". Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1902, S. 553.

Meschede: „Ueber eine eigentümliche Form antagonistischer u. konträrer Zwangsbewegungen". Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 31, S. 711.

Meyer: „Beitrag zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen". Arch. f. Psychiatrie, Bd. 32, S. 878.

Neisser: „Ueber d. Katatonie". Stuttgart 1887.

Plater Felix: ‚Praxis medica'. 1625.

Rieger: „Ueber normale u. kataleptische Bewegungen". Arch. f. Psychiatrie, Bd. 13, S. 427.

Roller: „Motorische Störungen beim einfachen Irresein". Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 42, S. 1.

Schüle; „Klinische Beiträge zur Katatonie". Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Nr. 58, S. 226.

Serbsky: „Ueber die unter dem Namen „Katatonie" geschilderten Psychosen." Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1891, S. 145.

Sommer: „Diagnostik d. Geisteskrankheiten". 2. Aufl. Berlin-Wien 1901.

Svetlin: „Ein Beitrag zur Lehre von der Katalepsie". Arch. f. Psychiatrie, Bd. 8, S. 549.

Vogt R.: „Zur Psychologie der katatonischen Symptome". Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1902, S. 433.

Wernicke: „Grundriß d. Psychiatrie". Leipzig 1900.

Ziehen: „Psychiatrie", Leipzig 1911.

Lebenslauf.

Ich, Bartholomäus Mager, bin geboren am 13. Dezember 1883 zu Eichstätt als Sohn des verstorbenen Uhrmachers Eduard Mager aus Eichstätt und dessen Ehefrau Cäcilia, geb. Freundorfer. Nach Absolvierung des hum. Gymnasiums Eichstätt genügte ich meiner Militärpflicht als Einjährig-Freiwilliger beim kgl. bayr. 21. Inf.-Regt. in Eichstätt, zugleich war ich als Studierender der Philosophie am dortigen bischöflichen Lyzeum eingeschrieben (2 Semester.) Hernach studierte ich 2 Semester technische Chemie am Polytechnikum in München und 1 Semester Nahrungsmittelchemie an der Universität München. Vom Sommer-Semester 1906 ab studierte ich Medizin und zwar 6 Semester in München und 2 Semester in Erlangen. Die ärztliche Vorprüfung bestand ich im Februar 1908 in München, das Approbationsexamen im April 1910 zu Erlangen. Am 9. Mai desselben Jahres begann ich das praktische Jahr an der inneren Abteilung des Stadtkrankenhauses zu Chemnitz i. S., wo ich 4 Monate zubrachte, die übrigen 8 Monate praktizierte ich an der oberbayr. Heil- u. Pflegeanstalt Gabersee, wo ich auch seit dem Tage meiner Approbation (8. Mai 1911) als Hilfsarzt tätig bin. In meinem Militärverhältnis bin ich Assistenzarzt d. Landw. I. (Patent vom 22. Febr. 1912.)